

公共卫生科个人工作总结多个方面总 公 共卫生科个人年终工作总结(实用5篇)

总结是对过去一定时期的工作、学习或思想情况进行回顾、分析，并做出客观评价的书面材料，它有助于我们寻找工作和事物发展的规律，从而掌握并运用这些规律，是时候写一份总结了。总结怎么写才能发挥它最大的作用呢？下面是我给大家整理的总结范文，欢迎大家阅读分享借鉴，希望对大家能够有所帮助。

公共卫生科个人工作总结多个方面总 公共卫生科个人 年终工作总结篇一

20xx年，市一院深入开展党的群众路线教育实践活动，以人民群众满意是目标，深化内部运行机制改革，加快人才队伍建设和学科建设步伐，持续改进和提高医疗服务质量和安全，强化社会治安综合治理和安全生产日常检查和整改工作，各项工作取得较好成绩。

医院高度重视社会治安综合治理工作，成立了由院长鲍子雨任组长、班子成员组成的创建领导小组和办公室，印发《关于建立蚌埠市第一人民医院消防安全三级网络管理体系的通知》、《蚌埠市第一人民医院消防安全应急预案》等规范性文件，科室层层签订平安医院、安全生产、综合治理目标责任书，将建设责任层层分解落实。

- 1、开展医疗质量与安全专项治理活动，启动“医疗质量与安全月”活动，首批开展以儿科医疗安全、手术科室围手术期医疗安全为主题活动。

- 2、定期召开医师论坛、中高、初级医师大会、护理定期例会、医疗质量分析会，开展病例质量双月评审等工作，努力提高医疗质量与安全意识。

3、组织学习医疗核心制度及相关法律法规知识，尤其是《执业医师法》和《侵权责任法》等法律法规进行重点解读和学习，及时通报平安医院安全生产情况，加大奖罚力度，坚决要求全体医务人员充分认识到保护医患双方的合法权益、维护正常的医疗秩序和的重要意义，积极投入到保障医疗安全、维护医疗工作中去。

3、坚持开展青年志愿者“365伴医”行动，实施全年无假日医疗、“一贯制”门诊时间等活动，开诊门诊预约诊疗，落实便民服务措施，积极创建省级文明单位。

4、完善满意度调查方式，将门诊、住院、出院和出院回访4种满意度调查结合起来，多方收集患者的意见，集中通报、定期整改。

1、完成全院配电房搬迁、负荷转移□10kv箱式双回路变电站的竣工投入使用，实现了真正的一院“双回路”供电，保证用电安全。完成呼吸内科重症监护病房□ricu□□儿童保健计划免疫门诊、地下室电梯改造等工程，改善医疗用房条件，缓解大楼建设期间压力，满足人民群众的医疗需求。

2、进一步完善电子监控系统，增加人防、技防投入力度，在门诊大厅、急诊室、儿童门诊、医院大门和重点部位等处增加高清电子监控点系统，有效地对全院要害部位、公共场所及院进出口实施了全方位的监控，监控点达到200多个。

1、建立后勤每周“查房”制度，总务水、电、工等人员每周2次对全院病区、科室进行查房检查，对用电线线联路、重大的安全部位、重要设备、设施进行定期巡查；兴建新配电房，更新陈旧线路、设备，使医院硬件建设达到新的水平；建立消防控制室，由专职人员值班监控，保证医院安全；全面开展消防、突发公共卫生事件等应急演练，提高应急能力和水平。

2、坚持行政、业务和护理三个总值班与护院队24小时巡查以及机关晨交班制度。行政总值班由职能科室负责人参加，负责医院事务的全面协调工作；业务总值班由临床高级专业技术组成，每天对人员在岗情况、医疗安全和医疗质量进行检查；护理总值班由各病区护士长组成，在检查护理质量的同时，对病区安全、消防隐患、卫生状况进行检查。

3、建立安全生产每月度检查、影像检查定期通报制度，在院周会及时进行通报，限期整改。今年以来，开展消防应急演练、专项培训等活动，开展重点科室消防巡查17次，月度巡查11次，每月开展消防设施、设备维护、维保工作。

4、完善医院安全责任区及考核制度，增加护完人力量，实行24小时巡逻与区域责任制相结合，切实把防火、防盗、防破坏和医疗秩序的防范放在第一位。做好每天的巡逻记录、巡查交接班制度和晨交班汇报制度，突发事件5分钟到位，起到院内110的作用。

5、落实门卫管理制度、护院队值班制度、安全保卫工作制度及人员职责物岗位责任制度，建立责任追究制度，将收入分配与医疗安全、消防安全、安全保卫等工作相结合，最大限度地调动积极性，维护正常的医疗秩序。加强门卫车辆管理，减少进出通道，杜绝乱停乱放保持院内环境井然有序。

20xx年，市一院认真完成综合治理与安全生产工作各项工作任务，为医院建设与发展创造了良好的社会环境，一院批准为三级综合医院，全市医疗机构首个院士工作站获得省科技厅批复，与复旦大学儿科医院的合作顺利推进，逐步实现了在更高台阶的发展。

医院还获得省节能减排示范单位称号，院团委获得全市“五四”红旗团委称号，心内科病区、烧伤整形病区、普外科病区获得全市优质护理病区称号，彭锦妹、张伟娥、张灵敏获得全市十佳护士长称号，胡芳、黄红艳获得全市十佳优秀护

士称号，裴培获得全市优秀团干称号，裴培、程晨等代表我市在全省红十字会急救大赛获得团体第二名的好成绩。

公共卫生科个人工作总结多个方面总 公共卫生科个人年终工作总结篇二

(一)、居民健康档案工作

根据《20xx年基本公共卫生服务建立居民健康档案项目工作方案》要求，在市政府和市卫生局统一部署下，我中心于今年2月份开展了20xx年建立居民健康档案工作。

一是争取领导重视，搞好综合协调。为迅速落实建档工作，我院多次向市政府、市卫生局和镇政府等基层管理组织单位进行协调与沟通，得到党委政府的大力支持，分管领导亲自组织召开协调会，亲自安排部署，使居委会对居民健康档案工作十分重视，每个辖区都安排专人负责协助建档工作。

二是加强组织领导，落实工作责任。为确保居民健康档案工作的顺利进行，我中心专门成立了由院长任组长、副院长任副组长、各科主任医师为成员的居民健康档案工作领导小组，加强整个镇居民健康档案工作组织领导，制定了操作性强、切实可行的实施方案。成立专门建档工作小组和居民健康体检小组相互积极配合采取进入户调查统一体检服务的方式为居民建立健康档案建档工作。

三、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我镇居民主动参与建档意识，我中心大力宣传发放各类宣传材料让每一名社区居民了解居民健康档案，积极主动配合我中心建档工作小组顺利完成居民建档工作。

四、加强人员培训，强化服务意识。为确保我镇居民健康档案保质保量完成，我中心对每一名参与居民健康档案建立的工作人员进行了多次业务培训，让每一名工作人员熟悉居民

健康档案建立的重要性和必要性，熟练掌握自己的本职工作和建档程序。

截止20xx年11月底，我中心共分为十五个责任区，居民建立家庭健康档案纸质档案33974份，并把纸质居民健康档案完善合格录入居民电子健康档案系统。

(二)、老年人健康管理工作

根据《宁波市20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及市卫生局要求，我中心开展了老年人健康管理服务项目。

一、结合建立居民健康档案对我镇60岁及以上老年人进行登记管理，并对所有登记管理的老年人免费进行一次健康危险因素调查和一般体格检查及空腹血糖测试，并提供自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

二、开展老年人健康干预。对发现已确诊的高血压和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者进行管理；对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的老年居民进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

截止20xx年11月，我中心共登记管理60岁及以上老年2820人。并按要求录入市居民电子健康档案系统。

(三)、慢性病管理工作

为有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病，根据《宁波市20xx年基本公共卫生服务慢性病管理项目工作方案》及市卫生局要求，我中心对我社区居民的高血压、2型糖尿病等慢性病建立健康档案，开展高血压、2型糖尿病等慢性病的随访管理、康复指导工作，掌握我镇高血压、2型糖尿病等慢性病发病、死亡和现患情况。

1、高血压患者管理

一是通过开展35岁及以上居民首诊测血压;居民诊疗过程测血压;健康体检测血压;和健康档案建立过程中询问等方式发现高血压患者。

二是对确诊的高血压患者进行登记管理,并提供面对面随访,每次随访询问病情、测量血压,对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

三是对已经登记管理的高血压患者进行一次免费的健康体检(含一般体格检查和随机血糖测试)。

截止20xx年11月,我中心共登记管理并提供随访高血压患者为2898人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

2、2型糖尿病患者管理

一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖;建立居民健康档案过程中询问等方式发现患者。

二是对确诊的2型糖尿病患者进行登记管理,并提供面对面随访,每次随访要询问病情、进行空腹血糖和血压测量等检查,对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

三是对已经登记管理的2型糖尿病患者进行一次免费健康体检(含一般体格检查和空腹血糖测试)。

截止20xx年11月,我中心共登记管理并提供随访的糖尿病患者为825人。并按要求录入居民电子健康档案系统。

(四)、健康教育工作

一是严格按照健康教育服务规范要求,认真贯彻落实市卫生

局及上级部门的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康宣教、设置宣传栏的各种方式，针对重点人群、重点疾病和我镇主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。

今年共举办各类知识讲座和健康咨询活动35次，发放各类宣传材料32200余份，更换宣传栏内容248次。

(五)、传染病报告与处理工作

一是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》以及传染病报告与处理规范要求，建立健全了传染病报告管理制度。

二是定期对本单位人员进行传染病防治知识、技能的培训；采取多种形式对我镇社区居民进行传染病防制知识的宣传教育，提高了社区居民传染病防制知识的知晓率。

三是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》要求严格执行传染病报告制度。

(四)、居民基本卫生服务认识存有距离，上门建档和随访主动配合存在一定困难。

(一)、争取地方政府支持，强化职能，加大基本公共卫生服务项目资金投入。

(二)、加大宣传力度，认真开展基本公共卫生服务项目工作，通过宣传—吸引—再宣传，以逐步改变社区居民的陈旧观念，促使其自愿参与到社区卫生服务中来。

(三)、加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务水平。

(五)、落实各项服务规范、强化各项规章制度，推动基本公

共卫生服务项目可持续健康发展。

在市政府和市卫生局和上级各部门的督促和指导下，我中心全部员工将在以后的工作中更加努力积极、开拓进取与时俱进的精神，不断的创新思维精心组织力争将各项工作做得更好。

公共卫生科个人工作总结多个方面总 公共卫生科个人年终工作总结篇三

成立机构，

一、加强领导。制定方案。

制定了《镇基本公共卫生服务项目实施方案》对基本公共卫生服务项目，根据卫生部、财政部、国家人口和计划生育委员会《关于促进基本公共卫生服务逐步均等化的意见》及《市市基本公共卫生服务项目实施方案》结合实际我镇成立了镇基本公共卫生服务项目领导小组。定标定责到人，明确责任，各项目实施责任人制定了各自的工作方案及项目运行计划并能规范化运行。

严格培训，

二、健全制度。规范行为。

发放到每位职工和乡医手中。各项目实施办公室制定了相关制度并上了墙，院统一制定并印制了《基本公共卫生服务工作手册》200本。组织有关人员认真学习。为了规范国家基本公共卫生服务项目管理，院特邀市局专业人员组织全院职工及各卫生所乡医，就《国家基本公共卫生服务规范》内容进行了专题培训，通过培训，使所有村医都基本掌握了国家基本公共卫生服务规范的各项内容，为在镇顺利实施基本公共卫生服务项目，更好地为广大居民的健康提供服务奠定了良好

的基础。

三、九项国家基本公共卫生服务项目布置和进度情况。

1建立居民健康档案

居民健康建档是基础，国家基本公共卫生服务项目中。组织各项目实施人以妇女、儿童、老年人、慢性病人、精神病人等人群为重点，自愿的基础上，通过组织下乡入村体检等形式，为辖区常住人口建立统一、规范的居民健康档案，做到健康档案内容详实、填写较规范。截止目前已经为10664人建立了居民健康建档。将在11月下旬到12月份对全镇一、二中学生全镇幼儿园托幼人员安排进行体检。

2健康教育

各项目负责人都能通过进村、上街宣传，针对健康素养基本知识和技能、慢性病防治及辖区重点健康问题等内容。为辖区居民提供健康教育宣传信息和健康教育咨询服务，设置健康教育宣传栏并定期更新内容，开展健康知识讲座等健康教育活动。截止目前，主要街道设置健康教育专栏4块，版面更新4次，开展下乡健康教育视频播放宣传 次，开展公众健康咨询活动6次，举办健康知识讲座12次，发放各类宣传印刷品15万余份。通过各项目责任人的共同努力和不断的进行健康指导和干预，很大程度上改变了一些群众的不良卫生习惯，真正做到疾病从预防开始。

3预防接种

发现、报告预防接种中的疑似异常反应，为适龄儿童免费接种乙肝疫苗、卡介苗、脊灰疫苗、百白破疫苗、麻疹疫苗、甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗、麻腮风疫苗等国家免疫规划疫苗。并协助调查处理国家基本公共卫生服务项目预防接种工作的重点任务。为了做好此项工作，再一次确定了疫苗

接种点，各接种点都具备了疫苗储存和运输管理规范》规定的冷藏设施、设备并按照规定要求进行疫苗的领发和冷链管理，保证疫苗质量。6月份对预防接种的人员（具备执业医师、执业助理医师、执业护士或者乡村医生资格）进行了预防接种专业培训。

镇继续强化村级卡、证、册管理工作，2卡、证、册资料管理 xx年。充分利用每月冷链运转后，对村级计划免疫工作进行考核，全年共对辖区32个村级接种点联合监督检84次。有力的保证了卡、证、册填写的及时性、完整性、准确性。至今，共建卡 475人、建证475人、建册 475人，录入微机 475人。

3麻疹查漏补种及强化免疫工作

镇在年组织防保站人员和镇区5个接种点的人员对镇区和周边3个行政村的所有儿童进行拉网式排查，共排查镇区和周边3个行政村，7个年龄组（时间从出生至xx年出生的所有儿童）共排查儿童743人（不含托幼机构目标儿童）其中以前出生为 664人，以后出生的为79人）册儿童本地漏种儿童 22人，为了控制麻疹疫情在镇的流行。流动儿童215人；摸底新发现本地儿童22人，流动儿童105人；其中需接种1剂次215人，需接种2剂次61人，合计 337针次。

4甲型h1n1流感疫苗及其它疫苗接种

4、传染病防治

及时发现、登记并报告辖区内发现的传染病病例和疑似病例；开展结核病、艾滋病等传染病防治知识宣传和咨询服务；配合市防疫站结防科对 结核病人进行治疗管理，截止11月份，乙类传染病例报告 例，丙类传染病例报告 例，及时报告传染病人 例，转诊结核病人 例，管理病人 例。为传染病的防控起到了积极的作用。

5、儿童保健

为了很好的为0—36个月婴幼儿建立儿童保健手册，开展新生儿访视及儿童保健系统管理。我院妇幼医生于10月份到三门峡参加了为期3天的国家公共卫生服务规范培训。通过培训，使每个参加培训的人员明确了目的，掌握了《规范》标准。截止目前，0-36个月儿童建册344册□xx年出生344人，访视344人。

6、孕产妇保健

按照《基本公共卫生服务项目实施方案》规定，每年至少为孕产妇免费开展5次孕期保健服务和2次产后访视。对孕妇进行一般的体格检查及孕期营养、心理健康等健康指导，了解产后恢复情况并对产后常见问题进行指导。截止11月，各项目责任人已对所有孕产妇进行健康管理，孕产妇建档479人，早孕建册411人，早孕建卡率85.5%，产前健康管理率100%，产后访视率100%。

7、老年人健康管理

对辖区65岁及以上老年人进行登记管理，进行健康危险因素调查和一般体格检查，提供疾病预防、自我保健及伤害预防、自救等健康指导是老年人健康管理的主要内容。在居民健康建档的一开始，我们就将老年人作为了重点人群来健康管理。截止目前，65岁以上老年人登记在册3912人，建立档案2531人，对建立档案老年人全部进行健康服务管理，管理服务率达65%。通过健康知识宣传65岁以上老年人都能自愿接受体格检查。

8、慢性病管理

慢性病管理，主要是对高血压、2型糖尿病等慢性病高危人群进行健康指导。对35岁以上人群实行门诊首诊测血压。对确

诊高血压和糖尿病的患者进行登记管理，定期进行随访，并对他们进行体格检查及用药、饮食、运动、心理等健康指导。截止11月份，各项目责任人已登记管理高血压患者1566人，登记管理糖尿病患者197人。

9、重性精神疾病患者管理

重性精神疾病患者管理，我们的主要任务是对辖区内重性精神疾病患者进行登记管理；在专业机构指导下对在家居住的重性精神疾病患者进行治疗随访和康复指导。截止目前，共为辖区69人精神病患者建立档案。

四、加强督导、相互交流，共同提高

基本公共卫生服务工作开展以来，院领导对此项工作十分重视，多次对项目工作进行了督导。

启动基本公共卫生服务下乡调查体检活动。院领导亲自带领体检工作队20余人进驻桑园开展调查体检工作。

召开下乡调查体检工作协调会，对体检项目组合进行了重新调整：八项重组为四组，即血型血糖组、一般状况组、脏器功能组、症状生活查体询评组。同时，对人员安排、物品器械管理做了严格要求。

院班子成员就九项基本公共卫生服务项目工作的开展情况进行了全面检查，及时发现了项目工作中存在的问题，并给予及时的纠正，促进了项目工作的健康运行。

院成立了基本公共卫生服务督导组，对我镇公共卫生服务项目工作进行了全面督查，督导人员对开展公共卫生服务项目以来所做的工作给予了肯定，同时，也发现了存在的一些问题。院要求要把好事办好、实事办实，把档案要建成活档，更好的服务于广大人民群众。

——目前存在的主要问题

1. 组织功能发挥不到位。三级公共卫生管理和服务网络虽然已经基本建成，但仍然没有充分发挥相应的功能作用，各项工作镇村联系不够，衔接不密切、配合不默契在一定程度上影响了工作质量。
2. 措施不够扎实。各责任人虽然积极地开展了公共卫生工作，但也发现个别同志认识不够，工作流于形式，没有结合自身实际制定出有效的实施方案，对村卫生所的指导力度不够，部分责任人的管理指导人员业务水平不高，很难起到有效的指导和督导作用。
3. 健康档案资料填写不规范。个别健康档案资料填写不够规范，健康档案内容空项，错误较多，存在较多逻辑错误。
4. 工作力度有待加强。从检查中发现个别医生的业务知识不够全面，工作消极被动，责任心不强，缺乏主动上门意识。主要表现在：一是慢性病的筛查开展不到位，已经发现的慢性病人虽已建立了健康档案，但符合要求的合格档案的比率不高，内容不完整，记录不真实等情况依然较为普遍，对慢性病的随访和管理流于形式。二是老年人健康管理虽然和居民健康建档同步进行了，但是，登记不详细，管理不到位；三是健康教育讲座的次数不够，版面没有及时更换，健康教育内容和形式单一，资料整理不全。
6. 缺乏相关知识培训，乡村医生、护士原来大都从事医疗临床、护理，对慢性病等一些行为干预、健康行为指导等方面知识欠缺，急需加强培训指导。

公共卫生科个人工作总结多个方面总 公共卫生科个人年终工作总结篇四

(一) 全镇概况□xx镇地处xx县东部，居江南平原中心，全镇面积.平方公里，距县城灵溪.公里；全镇共有.个行政村、八个居民区，总人中..人，其中男性.人，女性.人，60岁以上人数.人，0-7岁儿童.人，外来人口约.人，农业人口.人，农业人口约占总人口约6.%。

(二) 机构与人员□xx镇社区卫生服务中心在职职工95人，其中具有专业技术职称人员82人，占全院职工的86.3%，其中具备大专以上学历的人员61人，有高级专业技术职称的1人，中级专业技术职称的13人，执业医师28人，执业助理医师6人，执业护士21人，初级卫技人员54人，全科医师6人，正在培训7人。

(三) 公共卫生医疗服务现状：全镇设有一个中心，两个站，村卫生室23家，个体诊所5家，全镇责任医生共有21人，协管员8人，联络员27人，为辖区居民提供预防、保健、康复、健康教育、基本医疗、计划生育指导等“六位一体”的服务。医疗服务范围为xx区域及周边乡镇，人口约12万人。

(四) 农村公共卫生服务管理□xx镇社区卫生服务中心对全镇责任医生和云岩卫生院开展一年四次的公共卫生服务项目工作督查和指导；中心建立健康档案10851份，规范性慢病管理3787人，其中高血压3313人，占8.02%，糖尿病294人，占0.70%。年度体检应检30767人，实际体检20651人，体检率达67%。责任医生团队免费上门服务20495次。

1、合理布局社区卫生服务机构

按照《浙江省发展城市社区卫生服务的意见》和《温州市人民政府关于加快发展城乡社区卫生服务的实施意见》的要求，根据xx县社区卫生服务机构设置规划，在原有卫生资源分布的基础上，根据服务人口、服务区划、服务半径及居民出行15分钟可到达的社区卫生服务要求，优化、整合医疗卫生资源，目前一个中心及2个社区卫生服务站标识清晰，布局设

置合理。均开展以公共卫生和基本医疗服务为主。为居民提供“六位一体”的综合性卫生健康服务。

2、完善社区卫生服务中心设施设备

3、加快社区卫生服务人才培养、提高服务能力

按辖区内人口数1000-1500人的标准配备了21名社区责任医生，每个责任医生团队均具有执业助理以上资格人员为队长。本中心制定全员培训计划，各社区责任医生都参加县卫生局组织的农村公共卫生知识培训，其中80%通过市卫生局组织全科医学知识培训或正在培训，包括中医、中药、预防医学、心理学知识的培训。选送技术骨干到市级医院重点培养，逐步提升社区卫生服务水平。

4、有序推进组织管理工作

(1) 设立社区卫生服务综合办公室，由中心主任兼任办公室主任，接受上级各项工作任务制定工作计划。督导社区责任医生各项服务工作的落实，不断提高服务质量；制定责任医生团队协作与沟通实施方案，积极探索全科团队服务方式，逐步向片区推广团队服务模式。

(2) 按照规范化社区卫生服务中心要求，建立健全责任医生团队会诊制度，双向转诊制度，重点疾病管理等制度，以及各项操作规程和公共卫生事件应急预案，确保社区卫生服务工作有章可循，并结合考核方案逐一落实。

(3) 各科室分布示意图上墙公示，咨询服务措施有分诊台，就医流程、健康处方等，服务时间、服务项目、价格、各项惠民措施等一一上墙公示，方便群众就医。

(5) 制定xx镇社区卫生服务中心乡村一体化管理文件，健全中心对站的管理考核机制。

5、以群众满意为基准，深化社区卫生服务

(1)完善社区卫生服务内涵，关爱弱势群体，开展爱心服务、巡回义诊活动。爱心门诊服务对象：全镇五保户、低保户、残疾人等，就诊时凭证免挂号费、诊疗费、注射费及其他手术、检查费用，药品零利润提供。辖区内60岁以上服务对象免费健康体检一年一次，并建立个人健康档案。同时进社区、敬老院开展巡回医疗义诊活动，义诊同时，认真制作各种宣传图片，精心编写各种农村常见病健康教育资料5份，举办健康教育讲座12次，帮助群众树立自我防病和自我保健的意识，社会反响良好。

(2)公示社区责任医生团队，社区责任医生照片、联系方式等公示于社区、村的健康教育宣传栏上，同时印发责任医生联系名片，注明责任姓名、联系电话等，便于提供服务、接受监督。

(3)结合参保农民免费健康体检，开展社区居民健康调查，积极推行责任医生制度和团队服务模式，与市、县级医院签订双向转诊协议，准确及时收集社区居民卫生服务需求，动态跟踪管理，受到广大居民群众的欢迎。

(4)实行重点人群服务，加强对重点人群的定期跟踪服务(我中心为温州市慢病管理试点单位)，为60岁以上老年人提供定期随访服务，实行动态管理，结核病、肝炎和精神病患者提供社区管理，以慢病人群、特困、残疾人、低保、五保户等群体作为工作的切入点，提高疾病知晓率、控制率、服药率，管理高血压3313人，肿瘤42人，糖尿病294人，冠心病15人，脑卒中36人，精神病人63人，肺结核24人，及时做好档案薄册登记。对慢性病进行早发现、早诊断、早治疗，减少或解除他们的病痛，提高他们的生活质量。

(5)统一制作健康教育宣传栏，张贴健康教育宣传画报，结合创建工作，责任医生深入社区、家庭、学校及公开场合，开

展多种形式的健康教育活动。各村社区责任医生定期开设健康教育课，普及各项健康知识。今年共计刊出健康宣传画11期，更换宣传橱窗35*4期，健康教育讲座12次，开展卫生日活动13次。卫生知识问卷调查一次，制作健康处方15种5万多份。发放各类健康知识宣传资料3万余份。内容有艾滋病等性病防治知识、高血压和糖尿病等慢性非传染性疾病、呼吸道传染病、肠道传染病及心理卫生知识等。

(7) 各类社区卫生服务工作有序推进，妇幼保健工作的各类指标均达到或高于全县平均水平，儿童计免接种率100%，3岁以下儿童系管率97%，孕产妇系管率91%，妇女病普查1679人次。

(8) 加强传染病和突发公共卫生事件的管理，今年我中心继续加强传染病防治工作，完善了突发公共卫生事件应急预案，重新修订了传染病防治管理制度。对全体职工进行传染病防治知识的培训并考核，做到人人知晓，事事落实。同时我中心已于xx年完成了传染病信息网络的建设。

存在的困难和打算

1□x年公共卫生服务项目取得了一定的成效，但也存在如下困难：公共卫生财政、社区卫生服务经费投入不足，制约社区卫生服务发展。人才缺乏，全科医师培训需要一个过程，全员聘用制和有效的激励机制尚有待政策的支持和措施的完善；居民对社区卫生服务认识存有距离，政府部门支持力度有限，上门建档服务阻力大，信息化建设急需推进。

2、今后打算：争取以政府为主导，强化职能，加大社区卫生服务投入；加大宣传力度，认真开展社区卫生服务，通过宣传—吸引—再宣传，以逐步改变医务人员和社区居民陈旧观念，促使其自愿参与到社区卫生服务中来；加强专业技术队伍建设，尽快启动全科医师规范化培训，提高社区卫生服务水平；创新运行机制，启动信息化建设，政策配套，实行内部激励，外部监管，分级医疗，社区首诊制等，推动社区卫生服

务可持续健康发展。

展望未来，任重而道远，但我们坚信：在xx县卫生局、县疾控中心、县妇保院等各级领导的督促和指导下，我们将以积极创新、开拓进取、与时俱进的精神，不断创新思维、创新机制、创造性地开展工作，为社区公共卫生服务探索出一条可持续发展的道路。

公共卫生服务工作总结

一、基本公共卫生服务项目开展落实情况

(一)、居民健康档案工作

一是争取领导重视，搞好综合协调。为迅速落实建档工作，我院多次向办事处居会等基层管理组织单位进行协调与沟通，得到党委政府的大力支持，分管领导亲自组织召开协调会，亲自安排部署，使居委会对居民健康档案工作十分重视，每个辖区都安排专人负责协助建档工作。

二是加强组织领导，落实工作责任。为确保居民健康档案工作的顺利进行，本站专门成立了由站长任组长的居民健康档案工作领导小组，加强整个街道居民健康档案工作组织领导，制定了操作性强、切实可行的实施方案。成立专门建档工作小组和居民健康体检小组相互积极配合采取进入户调查统一体检服务的方式为居民建立健康档案建档工作。

三、是加大宣传力度，提高居民主动建档意识。为提高我辖区居民主动参与建档意识，本站大力宣传发放各类宣传材料让每一名社区居民了解居民健康档案，积极主动配合我院建档工作小组顺利完成居民建档工作。

四、加强人员培训，强化服务意识。为确保居民健康档案保质保量完成，本站对每一名参与居民健康档案建立的工作人

员进行了多次业务培训，让每一名工作人员熟悉居民健康档案建立的重要性和必要性，熟练掌握自己的本职工作和建档程序。

截止20xx年11月底，我站共为七社区居民建立家庭健康档案纸质档案3974份，并把纸质居民健康档案完善合格录入居民电子健康档案系统。

(二)、老年人健康管理工作

根据《包头市20xx年基本公共卫生服务老年人健康管理项目工作方案》及区卫生局要求，我院开展了老年人健康管理服务项目。

一、结合建立居民健康档案对我街道65岁及以上老年人进行登记管理，并对所有登记管理的老年人免费进行一次健康危险因素调查和一般体格检查及空腹血糖测试，并提供自我保健及伤害预防、自救等健康指导。

二、开展老年人健康干预。对发现已确诊的高血压和2型糖尿病患者纳入相应的慢性病患者进行管理；对存在危险因素且未纳入其他疾病管理的老年居民进行定期随访，并告知该居民一年后进行下一次免费健康检查。

(三)、慢性病管理工作

1、高血压患者管理

一是通过开展35岁及以上居民首诊测血压；居民诊疗过程测血压；健康体检测血压；和健康档案建立过程中询问等方式发现高血压患者。

二是对确诊的高血压患者进行登记管理，并提供面对面随访，每次随访询问病情、测量血压，对用药、饮食、运动、心理

等提供健康指导。

三是对已经登记管理的高血压患者进行一次免费的健康体检(含一般体格检查和随机血糖测试)。

2、2型糖尿病患者管理

一是通过健康体检和高危人群筛查检测血糖;建立居民健康档案过程中询问等方式发现患者。

二是对确诊的2型糖尿病患者进行登记管理,并提供面对面随访,每次随访要询问病情、进行空腹血糖和血压测量等检查,对用药、饮食、运动、心理等提供健康指导。

三是对已经登记管理的2型糖尿病患者进行一次免费健康体检(含一般体格检查和空腹血糖测试)。

(四)、健康教育工作

一是严格按照健康教育服务规范要求,认真贯彻落实区卫生局及上级部门的各项健康教育项目工作。采取了发放宣传材料、开展健康宣教、设置宣传栏的各种方式,针对重点人群、重点疾病和我苏木主要卫生问题和危险因素开展健康教育和健康促进活动。

(五)、传染病报告与处理工作

一是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》以及传染病报告与处理规范要求,建立健全了传染病报告管理制度。

二是定期对本单位人员进行传染病防治知识、技能的培训;采取多种形式对我街道社区居民进行传染病防治知识的宣传教育,提高了社区居民传染病防治知识的知晓率。

三是依据《传染病防治法》《传染病信息报告管理规范》要求严格执行传染病报告制度。

(四)、居民基本卫生服务认识存有距离，上门建档和随访主动配合存在一定困难。

三、下步工作打算

(一)、争取地方政府支持，强化职能，加大基本公共卫生服务项目资金投入。

(二)、加大宣传力度，认真开展基本公共卫生服务项目工作，通过宣传—吸引—再宣传，以逐步改变社区居民的陈旧观念，促使其自愿参与到社区卫生服务中来。

(三)、加强专业技术队伍建设，提高基本公共卫生服务水平。

(五)、落实各项服务规范、强化各项规章制度，推动基本公共卫生服务项目可持续健康发展。

在卫生局和上级各部门的督促和指导下，我站全部员工将在以后的工作中更加努力积极、开拓进取与时俱进的精神，不断的创新思维精心组织力争将各项工作做得更好。

公共卫生科个人工作总结多个方面总 公共卫生科个人年终工作总结篇五

过去一年，在上级的正确领导下，在各部门的支持下，较好地完成了各项工作，尤其是在所分管的公共卫生工作方面，根据公共卫生服务规范的要求，结合我（县）的实际情况，抓实了公共卫生服务工作，取得了突出的成绩。

一是积极开展健康宣教活动。为大力弘扬健康文化、传播健

康理念、倡导健康生活，我积极组织开展有针对性的健康宣传教育。安排xx个月更换一期公共卫生方面的宣传栏，组织开展各层面的健康知识讲座xx次，开展健康咨询活动xx次。在预防接种日□xx防治日□xx防治活动主题日，上街道下各村进行宣传，发放健康教育宣传资料xx种共计xx份，使广大群众的健康知晓率不断提高。

二是逐步建立居民健康档案。居民健康档案是实施国家基本公共卫生服务项目的重要内容，对此，我认真落实上级要求，加大了辖区内居民健康档案的建立力度。

三是加强xx病的监督管理。我坚持以我院就诊的x病患者为服务对象，以控制x病危险因素为干预重点，以健康教育、健康促进和患者管理为主要手段，强化x性病管理工作xx□

四是认真做好儿童防护工作。对适龄儿童开展各类疫苗的及时接种工作，对各幼儿园、学前班开展疫苗查证验证、查漏补种工作，使xx名儿童得到及时体检、访视以及预防接种xx□

五是全力抓好传染病的防控。建立传染病和突发公共卫生事件应急处理机制，及时处置辖区内的传染病疫情和突发公共卫生事件□xx□

同时，我积极协助xx开展公共卫生监督工作，积极配合xx中心开展xx及xx因素调查工作，积极参与我院的各项管理工作，为我院的管理发展出谋献策，做好院长的助手。在今后的的工作中，我会更加努力，为我院的发展履职尽责，为广大人民群众的健康努力奋斗。